

**Quelle(s) langue(s) pour la prévention VIH/sida
auprès des Subsaharien-ne-s francophones
de Suisse Romande ?
Le point de vue de témoins privilégiés**

P. SINGY, O. WEBER, B. SULSTAROVA,

M. SCHAFFTER & P. GUEX

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

LIMINAIRE

Equilibrée du point de vue du rapport comptable entre les sexes, la population résidant durablement en Suisse et originaire du Subsahara dépasse les 20'000 personnes en 2003 (OFS, 2003 ; Kessler, 2003). A ce nombre, dont l'augmentation est spectaculaire – elle passe du simple au double en dix ans, il faut additionner tous les sujets relevant du domaine de l'asile, ce qui porte le total des personnes subsahariennes dont le séjour est enregistré par les autorités à plus de 39'400 (Kessler, 2003). S'ajoutent encore à ce collectif un certain nombre de « sans-papiers », qu'il est par définition impossible de déterminer. En termes de répartition territoriale, il apparaît que près de la moitié de la population migrante subsaharienne enregistrée officiellement vit dans les seuls cantons de Genève et de Vaud (Kessler, 2003). Pareil constat est sans aucun doute en relation avec les avantages, s'agissant de la vie de tous les jours – pour ne parler que de cela, que peut tirer dans ces deux cantons francophones la part des ressortissant-e-s africain-e-s venant de pays où le français constitue le plus souvent la seule langue officielle (Calvet, 2000).

Face à l'infection VIH/sida, cette communauté constitue une fraction de la population installée en Suisse particulièrement vulnérable.

Ainsi, les dernières données de l'Office Fédéral de la Santé Publique (Kessler, 2003) indiquent qu'en 2002, 28% des nouvelles infections dépistées sur le sol national touchent des personnes en provenance de l'Afrique subsaharienne. Cette proportion monte à 45%, si l'on ne considère que le segment féminin du total des individus ayant contracté le virus durant l'année 2002. Trop peu nombreux jusqu'à ce jour en regard de l'importance des enjeux sanitaires impliqués, les travaux centrés sur la compréhension de la situation de cette communauté face au sida ne portent pas seulement au jour un niveau limité de connaissances en matière de sida (Zuppinge et al., 2000; Haour-Knipe, 1998; Haour-Knipe et al., 1999), niveau souvent lié à des conditions socio-économiques difficiles (Haour-Knipe, 2000). Ces travaux révèlent aussi les risques spécifiques que cette population encourt par certaines pratiques sexuelles – « dry sex¹ » – et rituelles – excision, infibulation – opérées tant en Afrique qu'en Suisse (Beck-Karrer, 1999; Brady, 1999), tout comme le partage de certaines représentations associant le sida à des actes de sorcellerie (Zuppinge et al. 2000; Studer, 2000) ou à un châtiment divin (Louhenapessy, 1996).

UNE STRATEGIE DE PREVENTION DOMINANTE

Dans un contexte où l'activité de prévention, réalisée essentiellement au travers du langage, apparaît de toute première importance, on devine les obstacles qui peuvent survenir quand émetteurs de messages préventifs et récepteurs de ces mêmes messages recourent, pour comprendre et se faire comprendre, à des codes sociolinguistiques et socioculturels différents (Gumperz, 1989; Singy, 1999). A cet égard, il est deux moyens de lever ces obstacles à la communication. Le premier réside dans la convocation d'un tiers interprète capable de rendre justice aux différences entre les parties concernées – prévenu et professionnel de la santé, alors que le second tient dans

¹ Cette pratique consiste à assécher et rétrécir le vagin au moyen d'une substance acide (jus de citron, vinaigre), de sel ou de plantes médicinales. Une telle pratique accroît la vulnérabilité des muqueuses et diminue dramatiquement l'efficacité du préservatif.

le recours à un médiateur mandaté pour émettre de façon autonome des messages préventifs. Ce dernier a, semble-t-il, la faveur des auteurs du « plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne » (Zuppinger et al., 2000) actuellement mis en œuvre par le projet de prévention Croix Rouge Suisse/Institut de Médecine Tropicale. Ces auteurs recommandent en effet un travail de prévention privilégiant des approches établies avec le concours de personnes clé des communautés, autrement dit de médiatrices et médiateurs d'origine subsaharienne intervenant dans les langues premières des migrant-e-s.

Cependant, divers résultats d'enquêtes interrogent l'opportunité d'une approche essentiellement fondée sur l'adoption régulière des voies de communication spécifiques de la population cible – surtout lorsqu'elle est originaire de pays francophones – lors d'interactions dans les domaines socio-sanitaires. Ainsi, une étude récente sur les migrants face au système de soins (Guex & Singy, 2003) a montré – outre le désir d'une proportion notable des patients de voir, dans l'idéal, leurs consultations se dérouler en français – qu'un certain nombre de migrants des deux sexes, interrogés à propos de l'image qu'ils se font du médiateur culturel, semblent méfiants à l'égard d'une pratique médicale modifiée en raison de leur origine linguistique et culturelle. Dans la perspective de ces informateurs, une telle pratique a pour effet de les priver des traitements dont bénéficie la population implantée de plus longue date, plus que de respecter leur singularité culturelle (Singy & Weber, 2000). A cet égard, il n'est pas infondé de se demander si certain-e-s migrant-e-s subsaharien-ne-s francophones, face à des médiateurs originaires de leurs régions², ne formuleraient pas des propos comparables, traduisant ainsi la crainte de faire l'objet d'une prévention du sida de "seconde classe". Il convient, par ailleurs, de ne pas oublier les effets possibles de l'équation, présente au sein de toute l'Europe dans l'imaginaire collectif de certains, entre Afrique noire et contamination par le VIH/sida. Dans ces conditions, une prévention ciblée sur une catégo-

² Quand bien même ils sont loin d'être négligeables, on ne dira rien ici des problèmes de confidentialité que peut soulever la fréquentation commune – et avérée – d'un réseau relationnel que partagent migrant-e-s et médiateurs-interprètes.

rie spécifique de migrant-e-s – en l'occurrence d'origine subsaharienne – au point d'avoir pour vecteur les langues africaines pourrait suggérer à ces migrant-e-s que ce stéréotype est partagé par le système sanitaire et préventif et, par là-même, induire une certaine défiance à l'endroit de ce dernier.

A l'évidence, la situation de diglossie véhiculaire (Calvet, 1996) que connaissent les pays africains francophones, où le français occupe la position de variété « haute », est à prendre ici en considération. Exclusivement langue *seconde*, le français occupe, par exemple dans l'esprit des Nigériens, et davantage chez les femmes que chez les hommes, une place de première importance dans le domaine de l'éducation, apparaissant comme la langue de promotion sociale ou de prestige lié à la technicité et à la modernité (Singy, 2000; Singy & Rouiller, 2001 ; Singy, sous presse). Tout suggère que la dynamique de diglossie véhiculaire propre aux pays d'origine continue de peser sur l'imaginaire linguistique des migrant-e-s subsaharien-ne-s même après leur départ en Europe, imaginaire qu'il s'agit de prendre en compte dans le cadre d'une prévention du VIH/sida s'appuyant, entre autres choses, sur des résultats issus de la recherche médicale de pointe.

Ces divers résultats, auxquels il convient d'ajouter celui établi par Morsly (1998) sur le rôle du français comme moyen d'expression privilégié dans certains contextes africains pour parler de sujets tabous tels l'amour et la sexualité, ne militent pas en faveur d'une conception foncièrement communautariste de la prévention VIH/sida chez les Subsaharien-ne-s de Suisse romande, conception liée à un recours maximal aux langues africaines³. Même si leurs arguments peuvent diverger de ceux exposés à l'instant, c'est la conclusion à laquelle parviennent également certains acteurs chargés de cette prévention interrogés dans le cadre d'une enquête exploratoire conduite par les auteurs de ces lignes.

³ Par « langues africaines », on entend ici, comme partout dans cette contribution, les langues non coloniales parlées dans le domaine subsaharien.

PROFIL D'UNE ETUDE EN COURS

Cette enquête exploratoire s'inscrit dans le cadre d'une étude en cours financée par le Collège de la Psychiatrie Universitaire Lausannoise (CPUL). Conçue sous la forme d'une recherche-action, celle-ci vise à une meilleure compréhension, dans leur complexité, des besoins de la population formée des migrant-e-s subsaharien-ne-s francophones de Suisse romande – population hétérogène de fait – en matière de prévention du VIH/sida. Plus précisément, elle cherche à évaluer le degré de l'opportunité d'une prévention fondée sur une approche foncièrement communautaire, impliquant des médiateurs d'origine subsaharienne qui assureraient la prévention dans les langues premières des migrant(e)s. De plus, elle vise à dégager l'idéal communicationnel des migrant(e)s subsaharien(ne)s s'agissant de leur prévention du VIH/sida.

En termes opératoires, deux grandes hypothèses générales sont avancées. La première admet qu'une délégation de la prévention VIH/sida à des médiateurs porte en elle deux facteurs limitatifs potentiels : d'une part, la crainte chez *certain-e-s* migrant-e-s subsaharien-ne-s d'une stigmatisation au travers d'une approche particularisante et, d'autre part, celle d'une non-garantie de la confidentialité, traditionnellement assurée en milieu médical. La deuxième hypothèse s'attache à vérifier dans quelle mesure, lorsqu'il s'agit de prévenir du sida, le français, les langues africaines et les sémies non verbales entretiennent un rapport de complémentarité fonctionnelle dans l'esprit des populations migrantes subsahariennes francophones.

Afin de pouvoir soumettre ces hypothèses à vérification, des données doivent être produites dans le cadre d'interviews d'hommes et de femmes d'origine subsaharienne. Ces interviews sont conçues de manière à tenir compte des principaux résultats d'une enquête exploratoire conduite auprès de témoins privilégiés de la prévention, enquête exploratoire dont il est précisément question ici. Au nombre de 14, ces témoins privilégiés se répartissent en trois groupes établis en fonction de deux critères, comme le montre le tableau ci-dessous. Le premier concerne l'origine des interviewés⁴ : africaine et locale.

⁴ Ce critère se trouve coïncider avec la présence, respectivement l'absence de maîtrise d'une ou de plusieurs langues africaines.

Pour sa part, le second touche au niveau d'intervention dans la prévention. Ainsi on distingue les acteurs de terrain intervenant directement auprès de la population-cible des experts chargés du développement et de l'évaluation de stratégies préventives.

Tableau : Profil de l'échantillon de l'enquête exploratoire (N=14)

Informateurs	D'origine africaine	D'origine locale
Acteur de terrain	A (n=7)	B (n=3)
Experts	-	C (n=4)

Très schématiquement, cet échantillon a été amené à répondre à une série de questions touchant principalement à deux dimensions impliquant elles-mêmes plusieurs indicateurs et résumées dans cet encadré :

1. Les agents de la prévention VIH/sida (état actuel et idéal) :
 - a. Cadres de prévention connus et souhaités
 - b. Interlocuteurs de prévention actuels et souhaités (professionnels médicaux, médiateurs communautaires)
2. Les supports de prévention sida (état actuel et idéal) :
 - a. Français et langues africaines (valeurs et domaines d'utilisation)
 - b. Sémies non verbales (expériences et souhaits)

Centrés sur la seconde dimension, autrement dit les supports de prévention, les résultats qui suivent sont tirés d'une analyse de contenu sémantique/thématique du discours de nos 14 témoins privilégiés. Concrètement, leur présentation a pour objectif premier de refléter différents points de vue sur le rapport – d'exclusion, de complémentarité, voire de concurrence – entre la variété locale du français et les idiomes africains, lorsqu'il s'agit de prévenir du sida des migrant-e-s originaires d'Afrique francophone subsaharienne.

RESULTATS CHOISIS

Parmi les points de convergence observables à l'examen des discours de nos répondants figure en bonne place le caractère incontournable d'un certain recours au français dans le cadre de la prévention du sida auprès de la population subsaharienne francophone. Ainsi, attendu le rôle très marginal qu'ils accordent à l'interprétariat, la préven-

tion ne peut-elle se faire, selon nos répondants, qu'en français chaque fois qu'elle est prise en charge par un professionnel médical local ou par un agent de prévention issu des communautés subsahariennes ne partageant pas de langues africaines avec son interlocuteur.

A côté de ces situations de prévention où le choix du français apparaît en quelque sorte comme forcé, sont rapportées, par nos enquêtés, nombre de situations unissant des interlocuteurs qui partagent une ou plusieurs langues africaines, mais où le français ne disparaît pas pour autant. Dans ces cas de figure, le recours ou non à ce dernier apparaît, au travers des propos de nos interviewés, comme le résultat d'un choix opéré à partir de critères qui, comme on va le voir, se révèlent être de trois types distincts. Relèvent d'un premier type, ceux qui en appellent à certaines particularités du français, perçu comme plus économique dans la transmission d'informations de type technique et scientifique. Le deuxième type de critères se fonde sur la possibilité qu'offrirait le français de dépasser certains obstacles à la prévention engendrés par des tabous d'ordre aussi bien extralinguistique que linguistique. Enfin, le troisième type de critères insiste avant tout sur la capacité – précieuse dans le cadre de la prévention VIH/sida – qu'aurait le français d'assurer une objectivation de la chose rapportée susceptible d'établir une certaine distance affective.

LE FRANÇAIS ET LA FONCTION D'ECONOMIE

Près de la moitié des membres du collectif (6 sur 14), tous d'origine africaine à l'exception de l'un d'entre eux, soulignent d'une façon ou d'une autre des disparités entre français et langues africaines en matière d'économie, lorsqu'il s'agit de parler du sida dans sa réalité biomédicale. C'est visiblement dans ce sens qu'il faut interpréter les propos formulés en termes avant tout essentialistes tenus par quatre de nos répondants (A1⁵, A7, A3, B1), qui voient dans le français une

⁵ Les abréviations A1-A7 renvoient aux enquêtés du groupe A, B1-B3 à ceux du groupe B et C1-C4 à ceux du groupe C (cf. tableau ci-dessus).

langue plus « technique » et plus « précise » que les langues africaines, ayant par ailleurs « mieux suivi l'évolution des sciences ».

Au-delà de ces mentions à caractère idéalisant, une conception du français comme particulièrement qualifié pour la restitution des réalités technologiques se révèle au travers de propos centrés sur des pratiques transcodiques (emprunts, alternances de code). A cet égard, deux témoins privilégiés d'origine africaine rapportent avec insistance avoir été confrontés à la nécessité, au moment d'une activité préventive avec un-e migrant-e subsaharien-ne, d'emprunter au français des termes absents du lexique de la langue de l'entretien, tels « rapports sexuels » (A2), « hormones » (A2) et « muqueuses » (A6). Pareils transferts lexicaux peuvent évidemment donner à voir les langues receveuses comme déficitaires. C'est cette représentation, semble-t-il, qui sous-tend l'appréciation de l'un de nos enquêtés (A1) à propos du lingala qu'il tient pour une « langue pauvre » qui, par surcroît, lui apparaît comme un « argot déformé par des mots empruntés du français ».

En contraste, une autre personne (A7) souligne les avantages du français en termes d'économie sans pour autant remettre en question l'omnipotence sémiotique des langues africaines. En l'espèce, son argumentation repose sur une comparaison entre la locution française « système immunitaire » et son pendant en langue africaine – qu'il tient pour « peu développée » – à savoir « *toute une phrase* ».

Touchant toutes au lexique, ces considérations semblent conférer au français le statut d'instrument de communication soit incontournable, soit particulièrement performant dans le cadre de la prévention VIH/sida auprès de la population subsaharienne francophone de Suisse romande. Ceci revient à dire que l'aspect plus ou moins économique des codes considérés constitue, au plan des imaginaires, un enjeu pertinent à l'égard de la problématique du choix de langue pour la prévention.

TABOUS ET CHOIX DE LANGUE

L'existence de difficultés, pour les membres de la population-cible, de référer à des réalités relevant de la sexualité et du sida est évoquée par tous les membres de notre collectif. En conformité avec certaines

thèses d'historiens de la langue formulées à propos du tabou (Mounin, 1974), on rapportera à cet égard les propos d'un témoin privilégié d'origine subsaharienne (A2) qui thématise le lien entre la faible fréquence d'évocation de la sexualité et les lacunes que certaines langues africaines présenteraient, précisément, au plan du lexique y référant. De telles représentations, à l'évidence, doivent être prises en compte dans la compréhension de la perception qu'ont certains témoins privilégiés de la structure lexicale des langues africaines : ce n'est pas seulement l'évolution des sciences qui vient expliquer des lexiques lacunaires, mais également le jeu des interdits langagiers attesté dans les communautés concernées.

Face à l'insistance générale sur le poids des tabous dans les interactions préventives avec des migrant-e-s d'origine subsaharienne, les répondants qui opèrent une réelle mise en lien entre ces tabous et le choix de langue sont très peu nombreux. En effet, seuls deux témoins livrent des propos qui vont dans le sens d'une pareille mise en lien.

Ainsi, le premier d'entre eux, un acteur de prévention d'origine africaine (A6), évoque des difficultés rencontrées lors de la traduction en lingala – c'est-à-dire « en patois » selon sa propre expression – d'une brochure de prévention rédigée en français et recourant à des termes techniques liés à la sexualité. Ce même acteur rapporte qu'au moment de la validation de cette traduction auprès d'un certain nombre de juges issus de la population-cible, ces derniers ont estimé, selon leurs propres termes, trop « hard » les éléments lexicaux lingala retenus, incitant de ce fait les auteurs de ce projet de traduction à y renoncer. En revanche, la version française ne paraissait pas problématique pour les juges. Ceux-ci ne l'ont en effet nullement trouvée « choquante », attendu qu'elle contenait des termes référant à l'univers de la sexualité tout à fait « courants ».

Si les propos de ce premier témoin militent, si l'on peut dire, en faveur du français, ceux formulés par l'autre témoin (A2), qui met en lien tabou et choix de langue, s'avèrent de nature plus complexe, suggérant une certaine complémentarité fonctionnelle entre langue locale et langues africaines. Ainsi, tout d'abord, le recours au français présente, pour ce dernier, l'avantage de lever, en partie, l'autocensure quand il s'agit d'évoquer des comportements sexuels stigmatisés tout comme la question du sida. A la différence des

langues africaines, le français identifie moins précisément l'intervenant de prévention comme membre issu de la même communauté que le prévenu, permettant de ce fait d'installer l'interaction sur un terrain neutre – en quelque sorte entre étrangers – plus propice à la révélation d'éléments relevant de l'intime. Cependant, selon l'expérience du même témoin, le recours au français peut exercer un rôle d'obstacle au moment de consultations abordant un thème particulièrement sensible et sujet à tabou dans le monde de la santé : la sorcellerie. A cet égard, l'interviewé évoque un entretien préventif où son interlocuteur a pu s'ouvrir en ces matières et met clairement cette possibilité sur le compte de la langue utilisée lors de l'entretien. Selon le témoin, seul le recours au lingala a permis qu'il en fût ainsi, tant le thème de la sorcellerie semble incongru dans le contexte d'une conversation tenue en français.

EFFETS D'OBJECTIVATION

Si, comme on vient de le voir, le français constitue dans certains cas l'unique moyen pour aborder tel ou tel aspect de la problématique du sida ou de sa prévention, il en est d'autres où il semble avoir un rôle facilitant, quand bien même l'utilisation d'une langue africaine ne serait pas pour autant exclue. C'est du moins ce que révèlent les propos de trois témoins privilégiés (C2, C4, A7) qui tous insistent sur la possibilité qu'offre le français d'opérer ce que l'on pourrait appeler un effet d'objectivation. En conformité avec certaines conclusions établies à propos d'autres populations africaines (Morsly, 1998), ces témoins se fondent à cet égard sur leurs observations personnelles et répétées, en dehors de tout contexte préventif, de situations d'interaction entre migrant-e-s subsaharien-ne-s abordant de quelque manière les thèmes du sida ou de la sexualité. Ils reconnaissent que, dans ces situations, le français permet – pour reprendre les termes de l'un d'eux – de « se distancer en menant un discours sur un niveau académique » (C2).

Autre manifestation de ce que l'on peut considérer comme une pratique de l'alternance codique métaphorique⁶, on relèvera le témoignage d'un intervenant de terrain (A7) selon lequel, dans les interactions au sein des communautés subsahariennes, le français serait généralement préféré pour parler « de la maladie » dès lors qu'il s'agit de l'évoquer en termes généraux, autrement dit sans allusions aux interactants impliqués ni à leurs proches. Ce dernier témoin relate, en toute logique, que le choix se porte tout naturellement sur les langues africaines « quand on personnalise » la thématique en la mettant en lien plus ou moins direct avec ces mêmes interactants.

Convaincu, comme les autres, d'une certaine complémentarité fonctionnelle entre le français, qu'il perçoit comme une langue « éloignée », et les langues africaines, qu'il tient pour des langues « proches », un répondant (C4) met directement en relation cette complémentarité avec une stratégie de prévention VIH/sida efficace. Ainsi, concrètement, milite-il pour un recours ciblé et systématique au français qui, selon lui, « crée une distance, absente avec les langues africaines », entre la chose rapportée et les sujets qui en débattent.

DISCUSSION CONCLUSIVE

Dans la perspective des témoins privilégiés interrogés dans le cadre de cette enquête exploratoire, le recours au français, même épisodique, apparaît comme une réalité incontournable dans la prévention sida exercée auprès de la population subsaharienne francophone résidant en Suisse romande. En effet, on l'a vu, le français est perçu comme un instrument susceptible, d'une part, de satisfaire à une exigence comprise, en dernière analyse, en termes d'économie et, d'autre part, de lever, en diverses circonstances,

⁶ Wardhaugh (1998, p. 103) parle de *code-switching* métaphorique quand un thème donné est systématiquement connoté différemment suivant le code employé ou lorsqu'un thème ne peut simplement être abordé que dans l'un des codes disponibles.

certaines obstacles communicationnels (tabous linguistiques et culturels) tout en créant une « juste » distance à l'objet du discours.

Un tel constat ne vient pas seulement, semble-t-il, tempérer la thèse des auteurs du plan d'intervention pour la prévention VIH/sida auprès des migrant-e-s subsaharien-ne-s de Suisse (Zuppinger et al., 2000) qui, rappelons-le, recommande une approche foncièrement communautariste, autrement dit, s'appuyant autant que possible sur les langues africaines. Il pose également la question du profil des agents amenés à assurer cette prévention. En effet, la mise à profit de la complémentarité – révélée à l'examen du discours de plusieurs témoins privilégiés – entre français et langues africaines suppose, de la part des protagonistes des entretiens de prévention, un partage de compétences multilingues. Au vu de leurs connaissances linguistiques à ce jour, un tel partage ne saurait être le fait des professionnels de la santé qui s'engagent, en Suisse romande, dans les entretiens de prévention en face-à-face, hormis les rares exceptions que constituent la petite poignée de médecins et d'infirmières originaires d'Afrique subsaharienne francophone.

Dans cette logique, si l'on refuse de renoncer aux avantages qu'offre la conduite d'entretiens de prévention marqués par l'alternance codique, une seule solution se dessine : la délégation de la prévention à un agent communautaire qui, en l'état, n'a que très peu de chances d'appartenir à l'univers médical.

Comme on l'a dit plus haut, il reste que cette solution porte en elle le risque de susciter chez des membres de la population-cible un enthousiasme relatif, voire une certaine défiance. En effet, ils peuvent être amenés à nourrir une crainte de faire l'objet d'une prévention du sida de "seconde classe", sans parler de leur possible incertitude quant à un traitement confidentiel de propos tenus devant des personnes généralement sans affiliation à une institution médicale garantissant le secret.

A cet égard, la convocation d'un tiers traduisant lors d'entretiens préventifs conduits par des professionnels médicaux offre une alternative intéressante. Certes, elle apparaît plus coûteuse et ne permet pas d'assurer une alternance codique *stricto sensu*, mais elle présente l'avantage, pour le prévenu, de lui laisser le choix entre sa langue première et le français, tout en lui procurant, au travers du

setting médical, le sentiment de ne pas être traité autrement que les membres de la population locale.

Avant de se déterminer pour l'une ou l'autre de ces deux options de prévention, qui présentent toutes deux des limitations, il convient de les soumettre à l'appréciation des membres de la population concernée, compte tenu de l'importance des enjeux, pour cette dernière, d'une réception idoine des messages de prévention centrés autour de la problématique du VIH/sida. C'est précisément l'objectif assigné à l'étude qui fait suite à l'enquête exploratoire présentée dans ces pages.

BIBLIOGRAPHIE

Beck-Karrer, C. (1999). Frauenbeschneidung ist eine Menschenrechtsverletzung. *Zeitschrift für Friedenspolitik FriZ*, (6), 25.

Brady, M. (1999). Female genital mutilation : Complications and risk of HIV-transmission. *Aids Patient Care and STDs*, 13 (12), 709-716.

Calvet, L.-J. (1996). Véhicularité, véhicularisation. In D. de Robillard et al. (eds), *Le français dans l'espace francophone*. (pp. 451-456). Paris : Honoré Champion.

Calvet, L.-J. (2000). La ville et la gestion *in vivo* des situations linguistiques. In L.-J. Calvet & A. Moussirou-Mouyama (eds), *Le plurilinguisme urbain*. (pp. 11-30). Paris : Institut de la Francophonie/Diffusion Didier Erudition.

Guex, P. & Singy, P. (dir.). (2003). *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène.

Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Ed. de Minuit.

Haour-Knipe, M. (1998). Prévention du sida ou discrimination ? les migrants et les minorités ethniques. In *Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. (pp. 159-170). Paris : ANRS.

Haour-Knipe, M. (2000). Migration und HIV: AIDS in Europa. *Aids-Infothek*, 5, 4-14.

Haour-Knipe, M. et al. (1999). HIV/AIDS-prevention for migrants and ethnic minorities : Three phases of évaluation. *Social science and medicine*, 49, 1357-1372.

Kessler Bodiang,, C. (2003). *Prävention bei Subsahara MigrantInnen in der Schweiz: ausgewählte demographische und epidemiologische Eckdaten, März 2003*. Présentation orale non publiée.

Louhenapessy, M. (1996). Care issues and migrants. In M. Haour-Knipe & R Rector (eds), *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*. (pp. 154-167). London : Taylor and Francis.

Morsly, D. (1998). Femmes algériennes et insécurité linguistique. In P. Singy (dir.), *Les femmes et la langue : l'insécurité linguistique en question*. (pp. 75-97). Lausanne-Paris : Delachaux et Niestlé.

Mounin, G. (dir.). (1974). *Dictionnaire de la linguistique*. Paris : PUF.

OFS (2003). Données statistiques du site www.admin.ch.

Singy, P. & Rouiller, F. (2001). Les francophones face à leur langue : le cas des Nigériens. *Cahiers d'études africaines*, 163-164, 649-665.

Singy, P. & Weber, O. (2000). Le tiers traduisant dans la relation médecin/patient migrant : quelle place et quelle désignation ? In L.-J. Calvet & A. Moussirou-Mouyama (eds), *Le plurilinguisme urbain*. Paris : Institut de la Francophonie/Diffusion Didier Erudition.

Singy, P. (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient : le partage en jeu. *La linguistique*, 35(2), 183-194.

Singy, P. (2000). Diglossie véhiculaire et représentations linguistiques : « Etude de cas au Niger ». In L.-J. Calvet et R. Chaudensson (eds), *La coexistence des langues dans l'espace francophone. Une approche macrosociolinguistique*. (pp. 117-22). Paris : Didier Erudition.

Singy, P. (sous presse). Le français au Niger : pratiques déclarées et représentations. In R. Jolivet, *Les Langues au Niger*.

Studer, A. M. (2000). « *Tu sais c'est souvent de la sorcellerie...* » *Hexerei und Aidspräventionsverhalten aus entwicklungsethnologischer Perspektive im urbanen Kontext der Elfenbeinküste*. Zürich : Ethnologisches Seminar des Universität Zürich.

Wardhaugh, R. (1998). *An introduction to sociolinguistics* (3rd edition). Oxford : Blackwell.

Zuppinger, B., Kopp, Chr. & Wicker, H.-R. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne : Institut d'ethnologie/OFSP.